

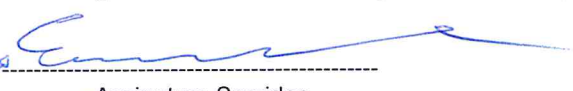
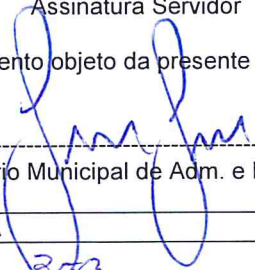
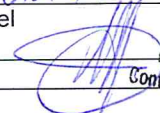
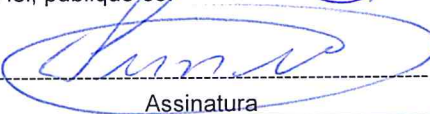


# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói – s/n – Fone/Fax: (45) 255-1105 – 85929-000 – São Pedro do Iguaçu – Paraná  
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – e-mail: prefspedro@uol.com.br

REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS Nº 037/2019

A- DADOS DO SERVIDOR		
Nome Enandes Luiz Baccin		Matrícula 110521
Cargo Motorista	CPF 525.327.809-59	RG 3.882.840.17 - /SSPPR
Setor / Órgão Secretaria de Saúde	Conta Corrente 18632-5	Banco / Nº Agência Sicredil/0704-
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem Levar a paciente Zenaide Teodoro de Souza e Katia Teodoro de Souza no Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul Pr.		
Destino (Cidade / Estado) Campina Grande do Sul/Curitibal PR	Período 04/07/2019 a 05/07/2019	
Hora de Saída 03:00	Hora de Retorno 03:22	
Transporte Veículo Oficial <input checked="" type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		
C- INFORMAÇÕES DE DIÁRIA(S) / DADOS PARA INSCRIÇÃO		
Nº Diária(s) 1	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 280,00	Total a Receber (R\$) R\$ 280,00
Necessária Inscrição Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Valor (R\$) R\$
Favorecido		CNPJ . / -
Banco	Agência	Conta Corrente -
D- SOLICITAÇÃO DE DESLOCAMENTO / AUTORIZAÇÃO		
Solicito autorização para realizar viagem de interesse do Serviço Público Municipal.		
05 / 07 / 2019 		
Data		Assinatura Servidor
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
08 / 07 / 19 		
Data		Secretário Municipal de Adm. e Planejamento
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 33901405 - 2.176 - 359	Fonte da Despesa 000 - Livro Municipal	
Número da Requisição 037/2019	Assinatura Responsável 18.07.2019 	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se		
08 / 07 / 19		
Data		Assinatura

Ederson M. Speck  
Contador CRC PR 050181/O-11  
Portaria Nº 312/2007  
RG 8.214.996-1



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói, nº 121 – Fone/Fax: (45) 3255-8000 – São Pedro do Iguaçu – PR  
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – CEP: 85.929-000

**PORTARIA Nº 114, de 09 de julho de 2019.**

Concede diária.

**O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU**, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas legais e constitucionais:

**RESOLVE:**

**Art. 1º CONCEDER, 01** (uma) diária no valor total de **R\$ 280,00** (duzentos e oitenta reais), pelo deslocamento do Sr. **ENANDES LUIZ BACCIN**, motorista, à **Cidade Campina Grande do Sul/ Curitiba – PR**, com saída no dia 04 de julho de 2019, às 03h00min e retorno no dia 05 de julho de 2019 às 03h22min, com finalidade de levar o paciente até o Hospital Angelina Caron.

**Art. 2º** Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Anote-se e Publique-se.

**GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU**, Estado do Paraná, em 09 de julho de 2019.

**Francisco Dantas de Souza Neto**  
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO**  
**DIÁRIO ELETRÔNICO**  
Edição Nº 1795 pág. 215  
Data 10 / 07 / 19

**PUBLICADO NO JORNAL**  
Jornal do Oeste  
Edição Nº 10020  
Pág. 14  
Data 10 / 07 / 19



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói – s/n – Fone/Fax: (45) 255-1105 – 85929-000 – São Pedro do Iguaçu – Paraná  
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – e-mail: prefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM Nº 037/2019

<b>A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA</b>			
Nome <b>Enandes Luiz Baccin</b>		Matrícula <b>110521-</b>	
Número Requisição <u>037</u>	Nº Diária(s) <b>1</b>	Valor Diária(s) (R\$) <b>R\$ 280,00</b>	
<b>B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM</b>			
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Destino (Cidade / Estado) <b>Campina Grande do Sul/Curitiba Pr.</b> <b>I.</b>		Período <b>04/07/2019 a 05/07/2019</b>	
Hora de Saída <b>03:00</b>	Hora de Retorno <b>03:22</b>		
<b>C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS</b>			
Levar a paciente Zenaide Teodoro de Souza e Katia Teodoro deSouza no Hospita Angelina Caron .			
<b>D- ANEXOS</b>			
1- Diário de Bordo.			
2-			
3-			
4-			
<b>E- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO</b>			
Atesto a veracidade das informações acima prestadas, sujeitando-me às sanções criminais, cíveis e administrativas.			
<u>05/07/2019</u> Data	 Assinatura		
<b>F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL</b>			
Homologo o relatório de viagem.			
<u>05/07/2019</u> Data	 Assinatura	<b>Hermilo Gambin</b> Secretário Municipal de Saúde Portaria 083/2018 RG 3.219.135-5 SSP/PR	
<b>G- PARA USO DA SECRETARIA DE FINANÇAS</b>			
Necessária restituição de valores? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
Valor Restituição (R\$)	Banco / Conta Corrente / Agência		
Responsável	Ciência Beneficiário		
-----/-----/----- Data	----- Assinatura	-----/-----/----- Data	----- Assinatura



